様式第１号の３（第１条の２関係）

小児慢性特定疾病医療費支給認定変更申請書

令和　　年　　月　　日

（宛先）
埼玉県知事

申請者　所 在 地　〒

フリガナ
氏　　名
電話番号
受診者との続柄

児童福祉法第１９条の５第１項の規定により、支給認定に係る事項を下記のとおり変更したいので申請します。

記

<table>
<tr><td colspan="2">公費負担者番号</td><td colspan="8"></td><td>フ リ ガ ナ</td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td colspan="2">受 給 者 番 号</td><td colspan="8"></td><td>受診者氏名</td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td colspan="2">居　　住　　地</td><td colspan="8">〒</td><td>生 年 月 日</td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td rowspan="6">小児慢性特定疾病医療機関</td><td rowspan="6">変更前</td><td>名　称</td><td colspan="8"></td><td rowspan="6">変更後</td><td>名　称</td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td>所在地</td><td colspan="8"></td><td>所在地</td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td>名　称</td><td colspan="8"></td><td>名　称</td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td>所在地</td><td colspan="8"></td><td>所在地</td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td>名　称</td><td colspan="8"></td><td>名　称</td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td>所在地</td><td colspan="8"></td><td>所在地</td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td colspan="2" rowspan="2">負担上限月額及び負担上限月額に関する事項</td><td>事　項</td><td colspan="10"></td></tr>
<tr><td>理　由</td><td colspan="10"></td></tr>
<tr><td colspan="2" rowspan="4">支給認定に係る小児慢性特定疾病</td><td>名　称</td><td colspan="10"></td></tr>
<tr><td>理　由</td><td colspan="10"></td></tr>
<tr><td>支給開始希望年月日</td><td colspan="10">年　　月　　日</td></tr>
<tr><td colspan="11">支給開始希望年月日が申請日の１か月以上前の日付となる理由
☐ 医療意見書の受領に時間を要したため
☐ 症状の悪化等により、申請書類の準備や提出に時間を要したため
☐ 大規模災害に被災したこと等により、申請書類の提出に時間を要したため
☐ その他〔　　〕</td></tr>
</table>

（注１）受診者が１８歳未満の場合は保護者、１８歳以上の場合は本人が申請してください。
（注２）申請者本人と異なる場合に記入してください。なお、申請者本人の場合は本人と記入してください。
（注３）医療機関を追加する場合には、変更後に記入してください。
（注４）支給開始日は、指定医が「疾病の状態の程度」を満たすと診断した日又は申請を受理した日の１か月前(申請できなかったやむを得ない理由がある場合は最長３か月前)の同じ日のいずれか遅い日まで遡ることができます。医療意見書に記載された診断年月日等、支給開始日として適当と考えられる日を記入してください。

添付書類　１　医療受給者証　　２　変更内容が確認できる書類